Aus der chirurgischen Klinik der Universität Breslau.
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Küttner.)

# Ein Fall von Pankreascysten-Ruptur.

Auszug
aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

**Willibald Kauf,**
appr. Arzt.

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Geheimrat Prof. Dr. Küttner.

Der Fall zeigt klinisch und differentialdiagnostisch manches Bemerkenswerte.

51jährige Frau. Im Jahre 1912 zeigt sich in der linken Oberbauchgegend eine Schwellung. Sonst kein Anzeichen einer bestehenden Erkrankung. Die Geschwulst vergrößert sich im Laufe der nächsten Jahre stetig. Abgesehen von den durch die Größe der Schwellung verursachten Druckbeschwerden auch dann noch kaum irgend welche Krankheitssymptome. Nur bisweilen öfteres Aufstoßen, und, in der letzten Zeit des Leidens, leichte Ermüdbarkeit. Von verschiedener Seite wurde Bantischer Milztumor diagnostiziert. Blutbild so gut wie unverändert. Im August 1919 rennt die Patientin mit dem Leibe gegen einen ein Meter hohen Lattenzaun. Sofort hat sie das Gefühl, daß im Bauche etwas geplatzt sei. Bald stellen sich heftige entzündliche Erscheinungen ein: Fieber, Erbrechen, Druckempfindlichkeit des Abdomen, Ileus. Der Tumor ist nicht mehr festzustellen. Der Versuch, gegen den im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehenden Ileus durch zwei Witzelsche Dünndarmfisteln Abhilfe zu schaffen, zeigt nur vorübergehenden Erfolg. Sekundär hinzutretende Peritonitis führt 14 Tage nach dem Unfall zum Exitus. Man hatte Ruptur des Banti-Tumor angenommen. Die Sektion zeigt eine rupturierte Pankreascyste. Sie ist kindskopfgroß, geht vom Drüsenschwanz aus. Die Wand derb, bindegewebig mit Anzeichen einer früheren Mehrkammerigkeit. An der

Vorderwand 8 cm langer Riß, der in die freie Bauchhöhle führt. Keine Verwachsungen der Cyste mit den umliegenden Organen. Ausgedehnte Peritonitis. Milz unverändert.

Ätiologisch werden unterschieden traumatisch und spontan entstandene Pankreascysten. Bei letzteren wieder Destruktionscysten (akute und chron. Erkrankungen: Lues, Alkohol, Arteriosklerose, Endarteriitis oblit., Infektionskrankheiten), Retentionscysten (Verlegung des Ductus Wirsungianus) und schließlich Cysten, die, ohne nachweisbare Ursache entstanden, als cystische Neubildungen geführt werden und durch ein geschwulstartiges schleichendes Wachstum ausgezeichnet sind. Der letzten Rubrik gehört offenbar auch der vorliegende Fall an.

Symptomatisch ergab sich nichts, was für die spezielle Diagnose „Pankreascyste" von Bedeutung wäre. Wegen der untergelaufenen Fehldiagnose fanden die besonderen diagnostischen Methoden keine Anwendung. Die Hauptrolle spielt dabei auch heute noch die Magendarmaufblähung. Unterstützend tritt in neuer Zeit die Röntgendurchleuchtung nach Kontrastmahlzeit hinzu. Man hatte auf dieses Verfahren, das für viele Fälle recht charakteristische Röntgenbilder ergibt, große Hoffnungen gesetzt. Die Ergebnisse erwiesen sich indes nicht als so sicher, wie einige Autoren angaben.

Verwechselungen mit Milztumoren sind selten. Andere solide und cystische Neubildungen des Abdomen kommen differentialdiagnostisch weit häufiger in Frage. Die Unterscheidung gegen Milzgeschwulst kann großen Schwierigkeiten begegnen, selbst bei Anwendung aller zu Gebote stehenden Mittel. Bei einem in der Literatur angeführten Falle konnte sogar die Laparotomie nicht die sichere Entscheidung bringen, ob Milz- oder Pankreascyste vorliege.

In topographischer Beziehung handelt es sich um eine Cyste von der species gastrocolica, d. h. die Geschwulst drängte zwischen Magen- und Quercolon nach der vorderen Bauchwand zu. Es ist dies die häufigste Wachstumsrichtung der Pankreascysten, und wohl die regelmäßige, wenn der

Drüsenschwanz den Ausgangspunkt bildet. Gleichfalls sehr häufig, nach manchen Autoren am häufigsten, sind die Cysten, die zwischen Magen und Leber das kleine Netz vordrängen: species hepatogastrica. Seltener dringen schließlich Cysten zwischen die beiden Blätter des Mesocolon transversum ein. Diese verschiedenen Wachstumsrichtungen sind abhängig von zwei Umständen: vom Ausgangspunkt der Cyste und von der Umschlagstelle des Peritoneums an der hinteren Bauchwand.

Cystenrupturen werden nur ganz vereinzelt berichtet. Es stellte sich dabei regelmäßig das gleiche schwere Krankheitsbild ein. Dieselben charakteristischen Erscheinungen wurden bisweilen auch nach Probepunktionen von Pankreascysten beobachtet und auch das Symptombild der Pankreatitis haemorrhag. zeigt sich als von gleicher Art. Allemal scheint es das in die freie Bauchhöhle geratene Pankreasferment zu sein, das die schweren lokalen und Allgemeinerscheinungen veranlaßt. Einigkeit herrscht noch nicht in der Frage, worin die eigentliche Ursache der schweren Allgemeinsymptome des meistens tödlichen Vergiftungsbildes zu suchen ist. Experimentelle und klinische Erfahrung sprechen mit einiger Wahrscheinlichkeit für die direkte Giftwirkung der vom Peritoneum aus in die Blutbahn resorbierten Pankreasfermente selbst, und gegen eine tödliche Wirkung durch entzündliche lokale Veränderungen oder die toxische Wirkung der durch die Pankreasfermente erst sekundär gebildeten Gewebsumwandlungsprodukte.

Therapeutisch bietet, allen bisherigen Erfahrungen nach, die Frühoperation mit Reinigung, ausgiebiger Tamponade und Drainage die meiste Aussicht auf Erfolg. Dieses Vorgehen hätte, bei richtiger Erkenntnis der Sachlage, vielleicht auch im vorliegenden Falle Rettung gebracht.